

# Abordaje de las infecciones de transmisión sexual en Pediatría

Cristina Cerdán Almendros (R4 Pediatría)  
Tutora: M<sup>a</sup> Carmen Vicent  
Servicio: Infectología Pediátrica



# Índice

**01**

**Introducción**

**02**

**Diagnóstico**

**03**

**Profilaxis y  
tratamiento**

**04**

**Seguimiento**

**05**

**Conclusiones**

**06**

**Bibliografía**

01

# Introducción

Objetivo



# Niños prepuberales



**La detección de una ITS en niño prepuberal requiere estudio, hay que descartar en primer lugar un abuso sexual, aunque hay otras formas de transmisión**

Indicativo de abuso sexual:

- Gonorrea, sífilis, clamidia o infección por *Trichomonas vaginalis* adquiridas postnatalmente
- Infección por VIH adquirida no perinatal ni por transfusión
- Herpes o verrugas anogenitales

La prevalencia total mundial de este contexto se desconoce, los pocos datos publicados sugieren una prevalencia: 0,7-3,7% (*N. gonorrhoeae*), 0,7-3,1% (*C. trachomatis*), 0,5-5,9% (*T. vaginalis*), 3,1% (VPH), <5% (VHS), <1% (VIH) y <1% sífilis



# Adolescentes

Causas de aumento de la tasa de prevalencia de ITS:

- Inicio de relaciones sexuales a edad más temprana
- Promiscuidad
- Uso irregular de métodos de barrera

**Los adolescentes también pueden contraer ITS tras sufrir abuso sexual**

Según algunos estudios de prevalencia, pueden llegar a ser detectadas hasta en el 6,4-15% (C. trachomatis) y 5% (N. gonorrhoeae) de las víctimas, con coinfección en un 3%

Implicaciones:

- Esterilidad
- Dolor pélvico crónico
- Algunas ITS pueden incrementar el riesgo de infección por VIH (herpes, sífilis)

**Cribado recomendado si práctica de riesgo o signos/síntomas sugestivos de una ITS (en estos casos la recomendación de revisión podría ser anual)**





# Objetivo

**Guiar en la actuación ante sospecha de abuso sexual o práctica de riesgo en el paciente pediátrico de cara al diagnóstico, prevención y tratamiento de una posible ITS**

Basadas en la última actualización de la guía 2021 de la CDC (Centers for Disease Control and Prevention) y en el documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las ITS de 2017 realizado por el grupo de GESIDA, GEITS y SEIP



SEIP

Sociedad Española de  
Infectología Pediátrica



GeITS



# Caso de sospecha de abuso sexual sexual

**Ante la sospecha de abuso sexual, disponemos de una sesión del servicio para guiar en las medidas de actuación inmediata**

Profilaxis ante  
abuso sexual en  
menores pre y  
postpuberales

Inmaculada Bonilla Díaz, R3 Pediatría  
Tutores: Dra. M<sup>a</sup> Carmen Vicent, Dr. Pedro Alcalá  
Colaboración Servicio Medicina Preventiva  
Hospital General Universitario de Alicante





# 02

# Diagnóstico

Anamnesis, exploración física y pruebas complementarias



# Anamnesis

## Las manifestaciones clínicas son diferentes en niños que en adultos

Anamnesis completa:

- Generales: fiebre, malestar, pérdida de peso, artralgias/artritis...
- Orofaringe: odinofagia, exudados o lesiones
- Piel: aparición de exantema (incluyendo palmas y plantas)
- Genital: en niños las típicas lesiones vesiculares pueden estar ausentes incluso en infección por VHS
  - Hombre: secreción y características, prurito o dolor miccional, lesiones mucosas y evolución, dolor/tumefacción testicular
  - Mujer: secreción vaginal, fecha de la última regla, alteraciones menstruales (dismenorrea o sangrado intercoital), dolor pélvico o abdominal bajo
- Anal: dolor, ritmo deposicional, dolor con las deposiciones, supuración, hematoquecia



# Exploración física



Realizar un examen completo por aparatos

Importante → inspección visual de áreas genitales, perianales y orales en busca de secreciones genitales, olores, sangrado, irritación, verrugas y lesiones ulcerativas



# Pruebas complementarias

## 1. Pruebas con valor judicial (muestras, fotos...)

- Se realizarán en caso de sospecha de abuso sexual
- Será el forense quien las recogerá y custodiará

## 2. Muestras con valor asistencial

- Serán recogidas por el pediatra:
  - Tóxicos en sangre y orina
  - Prueba del embarazo
  - Serologías
  - Muestras microbiológicas



# Pruebas complementarias

## 1. Comprobación del estado serológico del individuo fuente

- Fuente conocida: adecuar vacunas y seguimiento a los resultados
- Fuente desconocida: actuación según protocolo

## 2. Extracción sanguínea de la persona expuesta

Realizar siempre antes de administrar inmunoprofilaxis si está indicada, para conocer estado serológico basal

Agente etiológico	Técnicas diagnósticas
Virus hepatitis B (VHB)	HBsAg, IgG anti-HBc, IgG anti-HBs*
Virus hepatitis C (VHC)	Ac. Anti-VHC
Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH)	Ac. Anti-VIH + Ag p24 (técnica combinada)
<i>Treponema pallidum</i>	Ac. Totales anti <i>T. pallidum</i> En el caso de positividad, realizar una segunda técnica treponémica (TPHA) y una reagínica (RPR)

\*No será necesario si se conoce el estado vacunal en persona inmunocompetente, realizar en caso de antecedentes vacunales desconocidos



# Pruebas complementarias

## 3. Estudio cito-bacteriológico

### Niños prepuberales

La decisión debe individualizarse. Se recomienda realizar:

- Presencia de signos o síntomas de ITS
- Hallazgos físicos que indiquen penetración, presencia de flujo vaginal y cambios en región genital o lesiones en ano u orofaringe
- En caso de agresor desconocido o múltiple, o agresor conocido con riesgo de ITS
- Hermano u otro familiar en domicilio con ITS
- Cuando lo solicite la familia
- Cuando no se pueda garantizar seguimiento

### Adolescentes

Se recomienda realizar SIEMPRE



# Pruebas complementarias

## 3. Estudio cito-bacteriológico

Se deben recoger las muestras previamente a iniciar tratamiento

Agente etiológico	Técnicas diagnósticas
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> y <i>Chlamydia trachomatis</i>	PCR en exudado vaginal, uretral, faríngeo y/o rectal
<i>Trichomonas vaginalis</i>	PCR en frotis vaginal y/o rectal, orina
Si lesiones ulcerosas genitales o recto: VHS-1 y 2	PCR en frotis
Si flujo vaginal, mal olor o prurito: vaginosis bacteriana y candidiasis	Examen en fresco de secreción vaginal con medición de pH vaginal y aplicación de KOH (prueba del olor)

\*Las muestras recogidas en primeras 48 horas tras exposición pueden dar falsos negativos (hasta 2 semanas), se deben repetir dos semanas después si no se ha administrado profilaxis

Todas las pruebas inicialmente positivas deben ser confirmadas

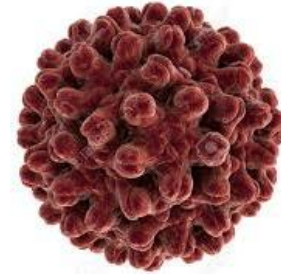




**03**

# **Profilaxis y tratamiento**

# Profilaxis frente VHB



## Revisar estado vacunal del paciente

- Menores nacidos en España: vacunación sistemática VHB
- Menores nacidos fuera de España: si no constancia de vacunación, valorar realizar Ac anti-HBs y actuar en consecuencia (si no es posible, actuar como persona no vacunada)

Estado paciente	Tipo profilaxis según caso fuente		Serología posvacunación (indicada si grupo de riesgo de hepatitis B)
	HBsAg positivo	HBsAg desconocido	
Vacunación previa completada	Dosis de recuerdo VHB (si estado serológico posvacunal conocido y correcto no es necesario)	No necesario profilaxis	1-2 meses tras completar pauta y 4-6 meses tras IGHB
No vacunación o pauta incompleta	1 dosis Ig antihepatitis B + iniciar o completar pauta vacunación	Iniciar o completar pauta vacunación	1-2 meses tras completar pauta y 4-6 meses tras IGHB

Iniciar profilaxis en examen inicial (preferentemente en primeras 24 horas postexposición)

\*No existen datos en límite máximo de tiempo, aunque se considera no iniciar después de 14 días tras la exposición sexual

Pauta primovacunación recomendada: tres dosis a administrar en 0, 1 mes y 6 meses



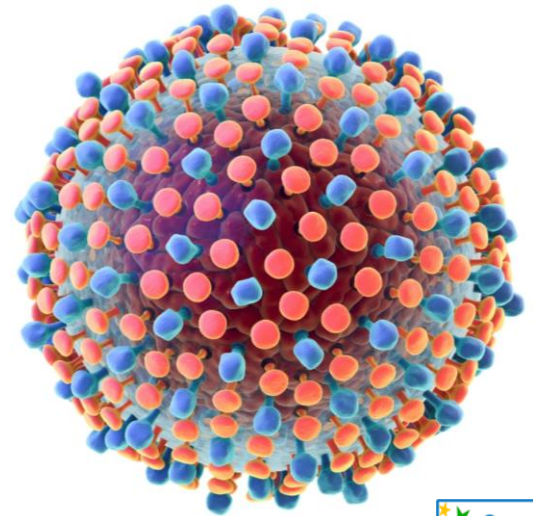


# Profilaxis frente VHC

**NO existe opción de profilaxis en momento actual**

**En caso de infección se iniciará tratamiento**

Los últimos fármacos de acción antiviral directa son curativos,  
con pocos efectos secundarios

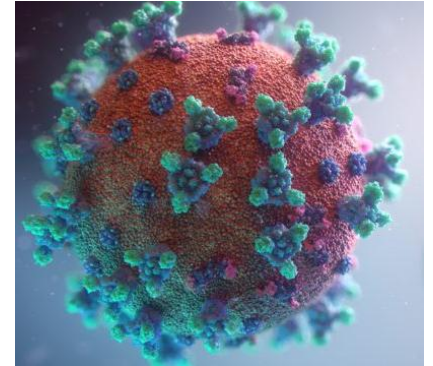


# Profilaxis frente VIH

**Se debe valorar profilaxis en función del caso fuente y riesgo de transmisión**

Se iniciará únicamente si:

- Existe relación sexual desprotegida (anal o vaginal) o sexo oral con eyaculación o exposición a sangre con caso fuente VIH positivo o desconocido
- No han transcurrido más de 72 horas desde la exposición
- El paciente y la familia están dispuestos a realizar el seguimiento, conociendo los efectos secundarios del mismo, y a mantener el mismo durante 4 semanas



**Realizar hemograma y pruebas de función renal/hepática antes de iniciar**  
**Duración recomendada 28 días**



# Profilaxis frente VIH

**Regímenes disponibles: 2 inhibidores nucleósidos/nucleótidos de la transcriptasa (INTI)  
+ 1 inhibidor de la integrasa (INI)**

<b>&lt;12 años</b>	Zidovudina (ZDV) + Lamivudina (3TC) + raltegravir (RAL)
<b>≥ 12 años</b>	Tenofovir disoproxilo o tenofovir alafenamida (TDF o TAF) + Emtricitabina (FTC) + raltegravir (RAL)
<b>Otras combinaciones</b>	TAF/FTC + darunavir/ritonavir (DRV/r), atazanavir/ritonavir (ATV/r), dolutegravir (DTG), especialidad farmacéutica genérica/cobicistat (EFG/c) o rilpivirina (RPV) En caso: TAF/FTC/EVG/c (Genvoya®): 1 c/día

\*La eficacia de estos regímenes en la prevención de infecciones después de una agresión sexual no ha sido evaluada en Pediatría

# Profilaxis frente VPH

**Se recomienda iniciar o completar vacunación en niñas y en niños a partir de 9 años**

## → Primera dosis:

Administrar en examen inicial

## → Siguietes dosis:

Administrar 1-2 meses y 6 meses después de primera dosis

\*Se recomienda programa de 2 dosis (0 y 6 meses) en pacientes que inician vacunación antes de los 15 años





# Profilaxis frente VPH



## Tratamiento específico

→ Se recomienda período de observación mínimo **tres meses** tras diagnóstico, excepto si **síntomas (dolor, sangrado o irritación)**

- Tratamiento inicial → **crioterapia**
- No respuesta → valorar tratamiento quirúrgico

\***Podofilotoxina 0.5% e imiquimod 5%** no están autorizados por ficha técnica en niños, aunque **han sido utilizados** en caso de no respuesta como terapia off label



# Tratamiento antibiótico empírico

**No se recomienda de forma general en todos los casos**

Se recomienda si:

- Se considera necesario toma de muestras
- Petición del paciente o familia

**Siempre que hayan transcurrido menos de 2 semanas desde la agresión**

\*Si más tiempo: esperar al resultado de las exploraciones realizadas

Se recomienda régimen antimicrobiano empírico:

- Mujeres: Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae y Trichomonas vaginalis
- Hombres: Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae

# Tratamiento antibiótico empírico

Microorganismo	Peso < 45 kg	Peso ≥ 45 kg
<i>Chlamydia trachomatis</i>	<p>→ Menores de 8 años: azitromicina 15-20 mg/kg VO dosis única (dosis máx. 1 g)</p> <p>→ Mayores de 8 años: Azitromicina 1 g dosis única VO o doxiciclina 100 mg c/12 h VO 7 días</p>	<p>Opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Azitromicina 1 g dosis única VO</li> <li>• Doxiciclina 100 mg c/12 h VO 7 días</li> </ul>
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<p>Ceftriaxona 25-50 mg/kg IM dosis única (dosis máx. 125 mg)</p> <p>→ Si alergia a penicilina: gentamicina 2,5 mg/kg IM dosis única (dosis máx 240 mg) + azitromicina 20 g/kg VO dosis única (dosis máx. 1 g)</p> <p>→ Si rechazo inyección IM: cefixima 8 mg/kg VO dosis única (dosis máxima 400 mg) + azitromicina 20 mg/kg VO dosis única (dosis máx 1 g)</p>	<p>Ceftriaxona 500 mg IM dosis única</p> <p>→ Si alergia a la penicilina: Gentamicina 240 mg IM dosis única + azitromicina 2 g VO dosis única</p> <p>→ Si rechazo inyección IM: cefixima 400 mg VO dosis única + azitromicina 2 g VO dosis única</p>
<i>Trichomonas vaginalis</i>	<p>Metronidazol 15 mg/kg c/8 h VO 7 días (dosis máx 2g)</p>	<p>Opciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metronidazol 2 g VO dosis única</li> <li>• Metronidazol 500 mg c/ 12 h VO 7 días</li> <li>• Tinidazol 2 g VO dosis única</li> </ul>

# Anticoncepción de emergencia

**Se recomienda en niñas que hayan tenido la menarquia y contacto de riesgo (penetración) o siempre que paciente o familia lo soliciten**

→ **Menos 72 h tras agresión: Levonorgestrel** 1,5 mg dosis única vía oral (se puede dividir en 2 dosis 0,75 mg separadas 12 h para evitar efectos secundarios gastrointestinales)

→ **Entre 72 h-5 días: Acetato ulipristal** dosis única vía oral. Contraindicado en asma grave

\*Si la menor está utilizando un método anticonceptivo efectivo no será necesario la anticoncepción poscoital

Contactar con Ginecología de guardia







04

# Seguimiento



→ Se debe **realizar seguimiento** para:

- Detectar nuevas infecciones adquiridas
- Completar vacunas VHB y VPH (si es necesario)
- Comprobar tratamiento de otras ITS si está indicado
- Observar posibles efectos secundarios
- Adherencia a profilaxis posexposición para VIH si se prescribe

→ Si las pruebas iniciales se realizaron, la primera revisión debe realizarse entre la primera y segunda semana para ver resultados (preferentemente en la primera semana)

**Una sola evaluación suficiente si abuso durante un período prolongado y ha pasado tiempo entre último episodio sospechoso y la evaluación médica**



→ Si pruebas iniciales positivas y no tratamiento: repetir pruebas y pautar tratamiento

→ Si pruebas iniciales negativas y no tratamiento: repetir pruebas

→ Si tratamiento antimicrobiano en visita inicial: realizar solo pruebas posteriores al tratamiento si síntomas

→ Si pruebas iniciales negativas y no se puede descartar la infección en el agresor: pruebas serológicas de sífilis, VIH, serologías VHB (AgsVHB) y VHC se pueden repetir a las 4-6 semanas y a los 3-4 meses

**Una sola evaluación suficiente si abuso durante un período prolongado y ha pasado tiempo entre último episodio sospechoso y la evaluación médica**

# Seguimiento si profilaxis frente VIH

**A los 3-7 días**

Control clínico, resultados microbiológicos, modificar o ajustar la pauta de PPE y asegurar adherencia, y tratar efectos secundarios

**14 días**

Control clínico, valorar adherencia y toxicidad y control analítico (hemograma, pruebas de función renal y hepática)

**28 días**

Revisión clínica, valorar adherencia y toxicidad

**Realizar una prueba de anticuerpos contra VIH en evaluación original, repetir a las 6 semanas y a los 12-16 semanas tras el episodio**



05

# Conclusiones



- La detección de **ITS en niño prepuberal requiere estudio**: descartar en primer lugar un abuso sexual, aunque hay otras formas de transmisión
- En **adolescentes** se recomienda **cribado de ITS si práctica de riesgo o signos/síntomas** sugestivos de ITS (en estos casos la recomendación de revisión podría ser anual)
- Las manifestaciones clínicas son diferentes en niños que en adultos
- El **estudio microbiológico** se recomienda siempre en adolescentes e individualizarse en niños prepuberales
- Se deben recoger **todas las muestras previamente** a inmunoprofilaxis o inicio de tratamiento
- Valorar profilaxis en función del caso fuente y riesgo de transmisión, siempre que hayan transcurrido **menos de 2 semanas** desde la exposición
- Se recomienda iniciar o completar vacunación VPH en niñas y en niños > 9 años

# 06. Bibliografía



- Kimberly A. Workowski, ; Laura H. Bachmann; Philip A. Chan, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021;70: 128-135.
- GESIDA, SPNS, GEITS, Grupo Español para la Investigación de las Enfermedades de Transmisión Sexual de la AEDV y de la SEIP. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes (Marzo 2017). Disponible en: <https://seimc.org/contenidos/gruposdeestudio/geits/pcientifica/documentos/geits-dc-ITS-201703.pdf>
- Dominguez K, Smith DK, Vasavi T, et al. Updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection drug use, or other nonoccupational exposure to HIV—United States, 2016 from the Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/guidelines/>. Consultado el 05/11/2023.
- Martínez de Albéniz Margalef I, Berzosa Sánchez A, Navarro Gómez ML, Fortuny Guasch C. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Pediatría. Protoc diagn ter pediatr. 2023;2:387-400.
- Unitat de Oatologia Infecciosa i Inmunodeficiències de Pediatría. Protocolo de manejo del riesgo de infección en menores de edad víctimas de violencia sexual. (Marzo 2023). Disponible en: [https://www.upiip.com/sites/upiip.com/files/Violencia%20sexual-mayo%202023\\_0.pdf](https://www.upiip.com/sites/upiip.com/files/Violencia%20sexual-mayo%202023_0.pdf)
- Sanz Santaefemia FJ, García Talavera ME, Sánchez Perales F. Abuso sexual (prevención de las infecciones de transmisión sexual) (v.2.0/2020). Guía\_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 18/01/2020]. Disponible en <https://www.guia-abe.es>
- 42. Virus del papiloma humano [Internet]. Vacunasaep.org. [citado el 9 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-42>

# Abordaje de las infecciones de transmisión sexual en Pediatría

Cristina Cerdán Almendros (R4 Pediatría)  
Correo: crisceral@gmail.com